

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o 750

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre-Léon QUÉREUX

Né à Reims (Marne) le 24 Mars 1911

Ancien interne des Hôpitaux de Reims

Ancien Prosecteur à l'École de Médecine de Reims

LES

PHLEGMONS LIGNEUX

PELVIENS

D'ORIGINE PROSTATIQUE

Président : M. G. MARION, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre-Léon QUÉREUX

Né à Reims (Marne) le 24 Mars 1911

Ancien interne des Hôpitaux de Reims

Ancien Prosecteur à l'École de Médecine de Reims

LES

PHLEGMONS LIGNEUX

PELVIENS

D'ORIGINE PROSTATIQUE

Président : M. G. MARION, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé- phale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) ..	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Patologie médicale.
MOULONGUET	Patologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
J. BEZANÇON	Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ...		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
UVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET MA MERE

*en faible hommage de ma profonde
reconnaissance et de toute mon af-
fection.*

A MA FEMME

A MON FRERE RENE

et

A MA SŒUR ANNIE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRERES

et

BELLES-SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Nous avons puisé dans son service
les éléments de notre étude.
Qu'il trouve ici l'expression de no-
tre reconnaissance et notre hom-
mage très respectueux.*

A Monsieur le Docteur RENE JACQUINET

Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine de Reims

Ancien Professeur de Clinique Médicale

qui fut notre premier maître toujours bienveillant, Hommage très respectueux.

A Monsieur le Docteur TECHOUEYRES

Directeur de l'Ecole de Médecine

Hommage très respectueux.

A Monsieur le Docteur H. LARDENNOIS

Professeur de Clinique Chirurgicale

A MES MAITRES D'ANATOMIE
à l'Ecole de Reims :

Le Docteur LANDRY

Professeur

Le Docteur Raymond LEFEVRE

Professeur

Chef des travaux pratiques d'anatomie

En souvenir des marques de sympathie bienveillante qu'il nous a toujours témoignées. Qu'il trouve ici l'expression de nos remerciements et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BOUCHARD

Chef de Clinique à l'Hôpital Necker

*qui a bien voulu nous aider de ses
conseils et qui nous a permis d'ajou-
ter une observation à cette étude.
Nous l'en remercions bien vive-
ment.*

A Monsieur le Docteur FONTAINE

*en remerciement des documents et
des conseils qu'il nous a si aimable-
ment donnés.*

A Monsieur le Médecin-Colonel DE GAULEJAC

*en remerciement de sa bienveil-
lance, Hommage très respectueux,*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

de REIMS

MM. BILLARD, BOUVIER

DELATRE

FOSSIER

JACQUINET

LANGLET, LEDOUX

MORANGE

RAILLET.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES CAMARADES DE

SALLE DE GARDE

INTRODUCTION

Par l'intermédiaire des lésions de l'urètre postérieur, de la prostate et de la vessie, les germes qui s'y trouvent peuvent infecter le tissu cellulaire des régions avoisinantes.

Suivant la virulence des germes et aussi de l'état de résistance du terrain, cette infection peut se caractériser par des phénomènes aigus : si elle se localise, il se fait un phlegmon circonscrit; si au contraire elle a tendance à s'étendre, c'est le phlegmon diffus que la violence de ses signes permettrait d'appeler phlegmon suraigu. Mais elle peut aussi donner lieu à des phénomènes subaigus : l'évolution en est beaucoup plus lente et les signes plus discrets.

Parmi ces derniers, il se peut, que pour toute réaction de défense contre l'envahisseur, il se fasse, non une polynucléose, mais un processus de sclérose de tous les tissus environnants : D'où une suppuration des plus minimes perdue au milieu d'une énorme coque scléreuse, d'une dureté de bois : un phlegmon ligneux est né.

Ces phlegmons ligneux peri-prostatiques sont rares. Ils ont les signes ordinaires de tous les autres phleg-

mons ligneux dont Reclus a signalé l'existence : Nous verrons que la définition que donnait Reclus à ses phlegmons du cou s'adapte à eux point par point. S'il n'en était d'ailleurs pas ainsi, ça ne serait plus de vrais phlegmons ligneux.

Nous verrons aussi, en faisant l'historique, que depuis la thèse de Batsère sur les phlegmons du cou, bien des phlegmons ligneux extra-cervicaux ont été décrits.

Nous n'en avons guère trouvé dont l'origine fut prostatique, aussi l'observation de deux cas récents nous a-t-elle incité à en faire l'étude.

Après avoir fait un rappel anatomique des loges péri et extra-prostatiques pour en comprendre la localisation, nous en tracerons les signes, nous attachant sur ce qui est particulier au fait qu'ils sont pelviens.

Nous essayerons surtout d'en détacher les signes distinctifs des néoplasmes que simule tout phlegmon ligneux : Ici surtout, un diagnostic est particulièrement délicat; ce n'est souvent que l'évolution qui en est totalement différente heureusement qui vient trancher : Les Néos de la prostate étendus au pelvis : La carcinose Prostatopelvienne de Guyon. Tout leur intérêt vient de là.

Nous en tracerons enfin le traitement. Et si cette étude peut améliorer la connaissance de la question, notre but sera atteint.

HISTORIQUE

L'histoire des abcès peri-prostatiques est de date plus ancienne que celle des phlegmons ligneux en général. Et pourtant elle n'est pas très vieille.

Depuis le début du XVIII^e siècle où Colot, puis J.-L. Petit, puis Desault firent l'étude des abcès prostatiques, de nombreux noms viennent s'ajouter : Parmi les premiers, Swediaur, Everard Home et Sonnering n'envisagèrent la question qu'au point de vue des rétentions et des abcès.

A partir de 1830, la question se précisa avec les observations de Verdier, de Lallemant et la thèse de Dugas.

Mais jusqu'alors la question n'est pas sortie de la prostate.

C'est à Civiale, en 1842, que revient la première étude de la propagation aux tissus periprostatiques; puis Velpeau y a attaché son nom.

Puis Guyon, dans ses leçons cliniques et Segond dans sa thèse inaugurale de 1880 ont donné des descriptions qui sont restées sans retouche.

Il est à remarquer que jusqu'alors, seules les phleg-

masies aiguës avaient été à l'étude; fait en rapport probablement avec leur fréquence beaucoup plus grande que les autres phlegmasies, ou plutôt, à cause de la bruyance de leurs signes. En tout cas, dès cette époque, les infections peri-prostatiques ont droit de cité dans la pathologie : leur pathogénie est bien étudiée, nous y ferons d'ailleurs des emprunts dans notre étude.

C'est alors qu'en 1887, dans un article paru dans la gazette médicale, Kirmisson et Desnos s'étendaient assez longuement « sur la transformation fibreuse des tissus peri-prostatiques » à la suite des suppurations prostatiques, avec rétrécissement du rectum consécutif, ce qu'ils considéraient comme une affection des plus rares ; trois observations venaient à l'appui.

A quelques temps de là, en 1893, Reclus décrivait son phlegmon ligneux du cou et rapportait quatre observations de « cette affection spéciale et rare ». En 1895 il inspirait la thèse de son élève Batsère qui ajoutait une cinquième observation.

On croyait alors à une affection caractéristique de la région cervicale et même peut-être spécifique, quand en 1903, Saussic, dans une thèse sur les phlegmons ligneux de la paroi abdominale, avec quelques observations typiques, montrait que le phlegmon ligneux de la paroi abdominale, avec quelques observations typiques, montrait que le phlegmon ligneux ne se rencontrait pas exclusivement au cou.

En 1909, le professeur Legueu, rapporte un cas typique à point de départ vésical : Il s'agissait d'un malade atteint de cystite qui présenta un plastron d'induration à la région hypogastrique qui dura pendant six mois sans fièvre. La consistance en était absolument ligneuse, et à l'incision on ne trouva au centre d'épaississements considérables, qu'une cuillerée à café de pus.

La thèse de Richard, en 1912, résumait la question à l'époque; de ses nombreuses observations nous n'en trouvons pas qui s'adaptent à notre sujet.

Depuis, nous remarquons qu'en 1913, le Professeur Aversenq cite la forme ligneuse dans sa classification, sans s'y arrêter; il nous donne par contre une excellente description des espaces peri et extra-prostatiques qui explique toutes les localisations possibles de phlegmons pelviens.

Tous les traités modernes d'urologie, la mentionnent également, mais elle semble beaucoup moins connue que la forme ligneuse de la cavité de Retzius dont on fait remonter le point de départ à la vessie; l'origine prostatique y est peut-être, à notre avis, quelquefois méconnue.

Enfin, en 1932, le Docteur Fey rapportait deux observations remarquables de phlegmons pelviens d'origine prostatique à allure subaiguë avec tous les caractères des phlegmons ligneux.

ETIOLOGIE-BACTERIOLOGIE

La nature inflammatoire de ce phlegmon étant indiscutable, on est en droit de se demander :

1° S'il est causé par un germe spécifique ou par les agents ordinaires de la suppuration ;

2° Quelle en est la porte d'entrée ?

Pour répondre à la première question, nous dirons tout de suite qu'il n'a jamais été isolé d'aucun phlegmon ligneux un germe spécifique : on a voulu y voir une forme de squirre ? L'évolution seule suffit à rejeter cette supposition.

Des analyses bactériologiques qui ont été faites, il ressort que le *streptocoque* (observation de Fichtzer et Moure, in thèse Richard) s'y rencontre le plus souvent avec le *staphylocoque blanc* (Suchy et Roure) ou le *staphylocoque Doré* (Sicart, Gougerot et Gy) ainsi que le *Coli-Bacille* ; quelques anaérobies ont été trouvés. Souvent aussi l'analyse ou la culture se sont montrées négatives.

Or, que trouvons-nous dans les suppurations aiguës : D'après les études de Segond, puis de Minet, viennent en premier les staphylocoques, purs ou associés, puis le streptocoque et le coli-Bacille. Une fois

Pneumocoque et quelquefois le bacillus perfringens, sur culture, mais il s'agissait de pus de phlegmon diffus.

A remarquer que dans un cas comme dans l'autre, on ne trouve qu'exceptionnellement le gonocoque, pourtant le plus fréquent à l'origine des urétrites et prostatites. Il semble bien que le gonocoque fasse le nid des autres germes et leur ouvre la porte, puis il leur cède le pas.

En somme, aucune différence au point de vue germe entre les affections ligneuses et les phlegmons aigus.

Ce qui explique alors la lente évolution et la tendance à l'enkystement ? : deux choses :

1° *Le terrain* : Chez les gens affaiblis, où la réaction polynucléaire est réduite et sur qui s'attaque :

2° *Un germe de virulence atténuée* :

Un caractère unit, en effet, tous les germes précédemment cités : Leur faible virulence : Expérimentalement les cultures poussent lentement. Si l'on fait l'inoculation à l'animal on n'observe que des infections relativement atténuées. (Krause).

Jamais pourtant le phlegmon ligneux n'a pu être reproduit par inoculation (Obs. Krause).

Pour ce qui est du terrain, deux facteurs semblent entrer en jeu :

L'âge : Reclus disait qu'il avait rencontré son phlegmon ligneux chez les gens âgés et affaiblis. Ce n'est pas constant évidemment, mais c'est la règle.

Les diathèses : Scrofule, lymphatisme, arthritisme, diabète (Casper).

Elles créent ce terrain favorable et de plus elles éternisent les infections du voisinage (urètre, prostate). Le terrain avoisinant a le temps de réagir et quand l'infection s'y déclare, la sclérose la bride de suite.

Pour ce qui est maintenant de la porte d'entrée ?

De l'urètre l'infection passe à la prostate : toutes ces causes des prostatites en général s'y retrouvent :

1° Avant tout : toutes les plaies de la prostate, les éraillures de la muqueuse; ainsi agissent :

Les ruptures traumatiques de l'urètre,

Les fausses routes,

Une urétrotomie interne,

Un corps étranger,

les germes étant alors apportés par un catheterisme septique, une sonde à demeure...

2° Les traumatismes du bassin :

Infection lente d'un hématome.

Nous en avons une observation typique.

3° Les inflammations de la vessie et de l'urètre :

En premier lieu l'urétrite gonococcique (Second 40 %). Tous sont d'accord pour affirmer que c'est elle la cause principale des prostatites. Nous avons d'ailleurs précédemment dit que le gonocoque ouvrait la porte aux autres germes.

4° Les infections générales :

Il semble qu'elles donnent plutôt lieu à un abcès aigu, ce que Segond appelait prostatite métastatique. Mais il n'est nullement impossible qu'il en résulte un phlegmon ligneux.

Et toutes ces causes agiront d'autant mieux qu'il s'agira d'une prostate congestionnée : hypersécrétion des glandes, stagnation, milieu très favorable au développement des germes préexistants.

Voilà une condition qui se rencontrera :

a) En période d'activité de la glande :

La grande majorité des prostatites s'observe entre 16 et 60 ans ainsi qu'il résulte des calculs de Segond : l'enfant à ce point de vue semble non touché.

b) Les contusions chroniques ou les chocs répétés sur le Périnée :

Abus du cheval (Le Fur).

Abus de la bicyclette (Hogge-Iridin).

c) Congestion par stase ou hyperactivité de la glande :

Sédentarisme.

Abus du coït, de la masturbation.

Usage de certains produits : balsamiques, cantharides, diurétiques.

Nous verrons dans la Pathogénie, l'importance de la voie veineuse dans la propagation de l'infection. Qu'on se représente tous ces plexus veineux prosta-

tiques, pelviens et hémorroïdaires largement gonflés et communicant tous, et l'on comprend de suite la propagation de l'infection.

Enfin, il résulte de ce dernier paragraphe que le microbisme latent se développera d'autant mieux qu'il sera en milieu clos (plexus veineux congestionnés). Ce milieu ne sera jamais mieux réalisé qu'en cas de rétrécissement de l'urètre :

C'est la cause banale mais courante : le vieux rétrécissement, sans être même serré, avec l'urétrite chronique qui s'accompagne :

- d'ulcérations sus-stricturales, baignant dans une urine stagnante, infectée de microbes banaux,

- de folliculite, de foyers d'adénite et périadénite qui essaïmeront les germes tout autour :

Les deux choses essentielles se trouvent réunies : la porte d'entrée et le microbe.

ETUDE ANATOMIQUE

Le phlegmon devient pelvien lorsque l'infection sort des limites de la capsule prostatique. S'il reste en-dedans des aponévroses peri-prostatiques, c'est un phlegmon peri-prostatique ; s'il en sort et s'étend dans le pelvis il est extra-prostatique. Ainsi s'établit la classification d'Aversenq. Par des injections de gélatine colorée, il a pu montrer l'existence et l'individualité de chacun des espaces peri et extra-prostatiques ; par des observations cliniques il a montré que les phlegmons pouvaient se trouver dans chacun de ces espaces.

Nous estimons qu'il est utile pour cette étude de retracer brièvement les particularités anatomiques de cette région.

La condensation du tissu cellulaire pelvien, tout autour de la grande, lui forme une gaine continue : la capsule.

La même chose se produisant autour des vaisseaux prostatiques, détermine la formation d'aponévroses, plus ou moins résistants suivant ce qu'elles contiennent, mais elles sont disposées de telle sorte qu'elles forment une loge à la prostate.

Parois de la Loge :

La prostate repose sur le plancher uro-génital qui ferme la loge vers le bas; ce plancher de Farabeuf est occupé par les formations fibreuses qui viennent combler l'espace laissé libre par l'écartement des faisceaux antérieurs des deux releveurs :

Le ligament arqué,

Le ligament transverse,

L'aponévrose perinéale moyenne,
d'avant en arrière s'étendent transversalement d'une branche ischio-pubienne à l'autre :

Cette aponévrose perinéale moyenne, est formée de deux feuillets, d'interprétation bien discutée d'ailleurs. L'un supérieur, l'autre inférieur, tous deux superposés : Entre eux deux le muscle transverse profond; entre eux deux aussi vient s'insinuer l'urètre qui passe ainsi de la loge profonde dans la loge superficielle.

Le feuillet inférieur forme le toit de la loge perinéale superficielle; se terminant en arrière au noyau fibreux du périnée, il s'accole sur la partie médiane à l'albuginée du Bulbe, adhère sur les côtés aux muscles ischio-caverneux qu'il suit en avant jusqu'à leur union comblant ainsi l'angle qui les sépare (lame sus-urétrale). A noter que c'est un tout continu et qu'à moins d'effraction les suppurations prostatiques évolueront dans la loge supérieure; au-dessous, l'infection fusera dans la loge superficielle.

Le feuillet supérieur. Il se sépare du feuillet inférieur au bord postérieur du ligament transverse :

Sur la partie médiane, il rencontre le sphincter strié de l'urètre : il le tapisse de bas en haut et vient se perdre au niveau du col vésical. Ainsi se trouve formée la paroi antérieure de la loge : on la dénomme lamelle pré-prostatique : c'est la lame de Zuckerkauld d'Albaran.

Elle isole la prostate des plexus de Santorini qui sont en avant.

Sur les côtés elle se perd dans les aponévroses latérales que nous allons décrire.

Sur les parties latérales, ce feuillet supérieur recouvre le transverse profond : c'est le plancher des fosses ischio-rectales, dont les deux autres côtés sont représentés par les muscles obturateurs interne et releveur de l'anus.

En arrière, la puissante aponévrose de Denonvilliers forme une barrière continue séparant l'espace peri-prostatique de l'espace pré-rectal.

Fixée en haut au péritoine du Douglas, elle se perd en bas dans le noyau fibreux. Latéralement elle se mêle aux aponévroses latérales.

Celles-ci forment les limites de chaque côté : elles sont en effet appliquées de champ para-sagitalement du sacrum au pubis, plaquées contre les viscères pelviens.

De consistance irrégulière « mal tissée, irréguliè-

rement tissée, ici aponévrose, là toile d'araignée » Farabeuf leur a donné son nom.

Enfin la limite supérieure est moins bien fixée : elle est représentée par le tissu cellulaire condensé qui sépare vessie et prostate.

En somme, trois coupes très schématiques nous montrent que la prostate est enfermée dans une loge grossièrement cubique.

Deux espaces sont particulièrement intéressants :

1° L'espace pelvirectal supérieur, dont la prostate n'est séparée que par l'aponévrose latérale ; comme son toit est formé par le péritoine pariétal, on conçoit que l'inflammation, décollant le péritoine, fuisse sous la paroi abdominale : nous en avons deux observations typiques.

2° L'espace pré-rectal, bien séparé de la prostate par la solide aponévrose de Denonwilliers : cette barrière n'est pas infranchissable ; le décollement est également possible.

A noter aussi ce rapport direct entre prostate et rectum, nous verrons que les signes de l'un retentissent sur l'autre.

Pour terminer, nous dirons un mot sur les systèmes veineux et lymphatiques qui sont si importants pour la pathogénie.

a) *Les veines.*

Elles se jettent dans trois plexus principaux :

a) Santorini, en avant,

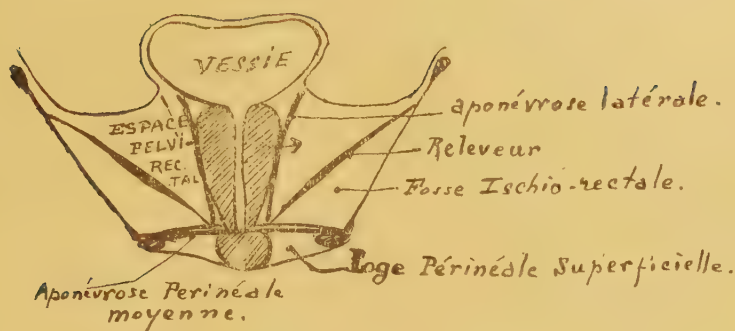


Figure 1

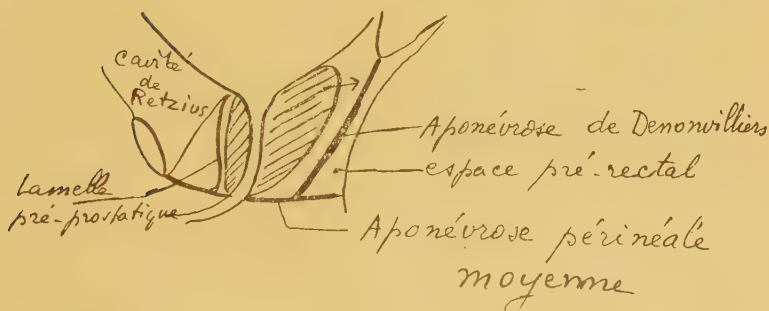


Figure 2

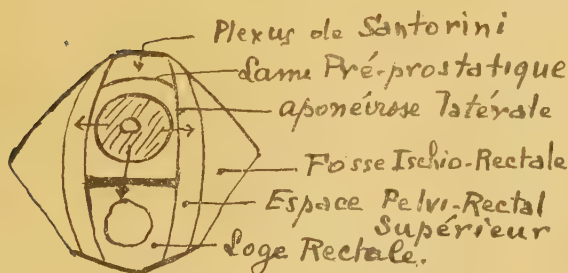


Figure 3

b) Latéraux, sur les côtés (aponévroses latérales).

Donc à cheval sur l'espace pelvi-rectal supérieur

c) Séminaux, en arrière.

D'où les riches anastomoses qui faisaient dire à Hogge : « La prostate baigne dans le petit bassin comme dans un lac sanguin ».

b) *Les lymphatiques.*

Les canalicules peri-acineux prostatiques se jettent dans un réseau peri-prostatique ; de là partent plusieurs troncs dont les principaux :

L'un suit l'artère prostatique et rejoint un ganglion hypogastrique, traversant ainsi en diagonale l'espace pelvi-rectal supérieur.

D'autres rejoignent la chaîne iliaque externe, ou se jettent aussi dans la chaîne sacrée et même dans les ganglions du promontoire.

PATHOGENIE

« L'abcès peri-prostatique n'est que l'extension au tissu conjonctif voisin, de la suppuration née dans la prostate, mais sortie de ses limites, de même que dans les inflammations des ganglions lymphatiques, il se développe un abcès autour de ces derniers lorsque le pus a franchi les limites que lui opposait leur paroi celluleuse. » C'est ainsi que le Dentu expliquait la propagation de l'infection aux tissus environnants.

Déjà Guyon et Segond admettaient deux grands processus : par *propagation* (celluleuse, veineuse ou lymphatique) et par *diffusion*.

Dans les phlegmons par diffusion, la collection sous pression dans la glande trop étroite, effondrait les aponévroses et envahissait rapidement les espaces voisins : des phénomènes généraux graves devaient en résulter immédiatement ; ce processus nous semble donc bien peu en rapport avec la production de ces phlegmons ligneux qui évoluent si lentement et avec le minimum de signes généraux.

Ici, en effet, l'infection semble se propager soit :

1° Par la voie veineuse :

Il se formerait de petits abcès phlebitiques et une

periphlébite rallumerait l'incendie que la réaction scléreuse essayerait d'étouffer.

2° Par voie lymphatique :

Il y aurait un stade d'adénite, puis d'adéno-phlegmon. La richesse en lymphatiques et ganglions de l'espace rétro-prostatique (Lannelongue) expliquerait la fréquence de ce phlegmon en arrière de la glande.

3° Par la voie cellulaire :

Il y aurait alors simple propagation par contiguïté, les aponévroses elles-mêmes se trouvant englobées dans la masse phlegmoneuse; c'est que le plus souvent il semble bien difficile de séparer la glande de la masse voisine : le tout forme un bloc; il est commode alors de penser à cette propagation cellulaire ; d'ailleurs nous avons vu que ces aponévroses elles-mêmes n'étaient que du tissu cellulaire « ici aponévrose, là toile d'araignée ». Elles sont loin d'être des barrières infranchissables et peuvent s'enflammer tout comme un autre tissu cellulaire.

Nous avons déjà envisagé ailleurs les raisons possibles pour lesquelles le phlegmon devenait ligneux : virulence atténuée du microbe, affaiblissement du sujet; nous en avons donc résumé toute sa pathogénie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Une énorme gangue fibro-scléreuse; au centre une quantité très minime de pus, qui s'est fait quelquefois dans une des cavités voisines, urètre et rectum le plus souvent, laissant subsister une fistule qui s'éternise. Voilà ce que l'on trouve de caractéristique dans le phlegmon ligneux.

— A la coupe, une masse très dure de tissus blancs-grisâtres qui crie sous le couteau et donne issue à une sérosité sanguinolente.

L'examen histologique montre de nombreuses fibres collagènes serrées et denses.

Des examens de phlegmons ligneux, nous citerons celui que Sicart, Gougerot et Gy ont fait à la Société Médicale des Hôpitaux : « Sclérose compacte fibro-cellulaire avec quelques modules d'infiltration péri-vasculaire ; réaction fibro-conjonctive intense et plasmazellen disséminés; polynucléose presque nulle, une ébauche de tissu épithélioïde ».

Dans un cas de Sottis : « Processus inflammatoire chronique du tissu conjonctif sous-cutané avec organisation de l'exsudat et grande néoformation vascu-

laire associée à des signes de névrite et de péri-névrite de quelques petits troncs nerveux ».

En somme, extension du processus de sclérose qui enserre tout sur son passage; tassement considérable des fibres collagènes qui explique la dureté; polynucléose presque nulle.

Le mécanisme ? On ne peut dire qu'elle se forme pour constituer une défense, mais plutôt comme mode de réparation d'un tissu longtemps enflammé.

Nous ne pouvons mieux trouver ici, que de citer Policard et Leriche :

« La sclérose, surtout conditionnée par la durée de l'inflammation, constitue le mode de réparation d'un tissu enflammé pendant un certain temps. Elle fait pour nous, figure d'état pathologique, mais surtout lorsqu'elle apparaît au niveau de certains organes, où elle entraîne des conséquences fâcheuses; mais en soi, elle n'est qu'une évolution physiologique d'un tissu conjonctif trop longtemps hyperhémique... Si elle existe ce n'est pas parce qu'elle est utile à l'organisme. Elle n'est pas une réaction de défense comme on le dit trop facilement; elle ne sert pas à étouffer l'infection; elle est la simple conséquence d'une hyperhémie prolongée, même lorsqu'elle a des conséquences fâcheuses.

ETUDE CLINIQUE

« Toujours son développement a été lent, il met des semaines et même des mois à naître. Sa masse s'accroît sans fièvre, à peine sans douleurs et sans phénomènes généraux appréciables... Les signes cardinaux des phlegmons aigus ont fait défaut ou ont été très atténués. Enfin la tumeur d'une résistance singulière, et qui rappelle celle du cancer en cuirasse, reste de longues semaines avant de montrer trace de suppuration. »

Voilà la symptomatologie résumée par Reclus : Elle s'applique à tous les phlegmons ligneux.

On y retrouve l'origine de l'infection.

a) Soit un passé urinaire :

C'est un rétréci ayant négligé depuis longtemps tout traitement, toute dilatation de l'urètre et chez lequel rétrécissement et lésions d'urétrite se sont accentués progressivement. On y retrouve facilement des antécédents blennorragiques et souvent l'interrogatoire révèle une longue phase d'urétrite chronique (avec goutte matinale, filaments dans les urines). Ce peut être aussi un sujet porteur d'un rétrécissement large qu'il ignore.

b) Soit un traumatisme

avec ou sans signes périnéaux. Les signes apparaissent alors après une phase de tolérance assez longue.

c) Soit une prostatite suppurée

dont la résolution tarde à se faire ou qui, au contraire, semblait guérie.

d) Soit enfin une fistule.

Elle traduit l'existence d'une vieille collectin :

Soit fistule périnéale, anale ou rectale,

Soit fistule urétrale,

Soit encore fistule recto-urétrale se caractérisant par de la pneumaturie.

DÉBUT

Il est difficile à apprécier, ses quelques signes se perdant au milieu de ceux de l'infection première. Ils sont de plus très progressifs et le malade n'est vu que lorsqu'ils sont déjà bien installés.

On note alors quelques troubles fonctionnels :

Gêne croissante à la miction ;

Brûlures ; Pollakiurie, diurne ou nocturne.

Quelquefois le malade vient pour une crise de rétention complète.

Les signes généraux sont très atténués :

Légère température, un peu de sécheresse de la langue. Les urines sont généralement troubles.

L'examen uréthro-cystoscopique fait à ce moment ne révèle rien de spécial, si ce n'est parfois quelques

gouttes de pus qui s'écoulent des gouttières prostatiques.

On retrouve, quand ils existent, les rétrécissements, et c'est tout.

Au toucher rectal, on trouve une prostate parfois douloureuse et grosse en partie, si elle vient d'être abcédée ; elle semble aussi souvent très normale et la masse qui commence à se développer plus haut n'est encore perçue que rarement.

ÉTAT

Signes généraux :

Pas de température, ou très peu : 37°5.

Légère atteinte de l'état général :

- Amaigrissement,
- Appétit diminué,
- Langue sèche,
- Salivation difficile,

troubles en rapport déjà avec une légère intoxication urinaire.

Signes fonctionnels :

Dysurie; brûlures à la miction ; pollakiurie diurne et nocturne.

Le malade doit pousser pour n'uriner que quelques gouttes d'urine trouble.

Pas de douleurs périnéales; une simple sensation de pesanteur. Une certaine gêne à la défécation apparaît. Quelquefois une rétention complète.

Signes physiques :

Le sondage ramène des urines troubles et permet de se rendre compte du degré de rétrécissement.

Urétro Cystoscopie :

Milieu vésical purulent,

Vessie normale,

Segment inférieur du col saillant et rouge, parfois œdémateux.

On voit sourdre des gouttelettes de pus des gouttières prostatiques.

Tout ceci en rapport avec l'infection uréthro-prostatique et n'ayant rien de caractéristique.

Toucher Rectal :

On sent une masse d'une dureté de pierre qui englobe la prostate, dont on ne peut plus délimiter les contours. De surface très inégale elle est le plus souvent indolore à la pression. En aucun point on n'a la sensation de fluctuation; c'est une dureté régulière.

Suivant la localisation :

La masse est particulièrement bien sentie si elle comble l'espace rétro-prostatique ; elle vient alors bomber dans le rectum.

Si elle occupe l'espace pelvi-rectal supérieur, on a la sensation d'un phlegmon du ligament large.

Elle peut aussi occuper les deux espaces pelvi-rectaux, la tumeur s'étend alors d'une paroi du pelvis

à l'autre, englobant tout : on a alors la sensation d'un énorme fibrome remplissant tout le pelvis.

Au toucher, la prostate peut sembler libre et normale, la tuméfaction la coiffe alors et est plus facile à sentir par la palpation abdominale que par le toucher.

Engorgement ganglionnaire crural quelquefois, ou profond le plus souvent. Les tissus avoisinants, ainsi que le périnée ont conservé toute leur souplesse.

EVOLUTION

L'atteinte de l'état général est toujours marquée :

Pas de température.

Au point de vue fonctionnels, les troubles urinaires sont de plus en plus marqués.

Quelques troubles de compression : Douleurs spontanées; défécation difficile.

Au toucher :

Aucun changement de la consistance n'a tendance à apparaître : pas de fluctuation (s'il existe du pus, il est très profondément enkysté). Absolument indolore.

Cette tuméfaction dure s'étend régulièrement mais très lentement. Elle peut atteindre l'ombilic, ayant décollé le péritoine pariétal antérieur. C'est une éventualité rare.

Par le palper, on sent alors directement sous la paroi abdominale cette masse ligueuse qui fait corps

avec celle que l'on sent par le toucher rectal. Si elle envahit les fosses iliaques on la sent immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Puis la masse régresse petit à petit, aussi lentement qu'elle s'est formée, soit qu'on ait été amené à l'inciser, soit spontanément.

Elle peut se résorber totalement sans qu'il y ait eu trace de suppuration. Par contre, une fistule aussi peut se former : Il ne sort en tout cas qu'une très faible quantité de pus.

L'évolution totale a demandé plusieurs mois ; certains de ces phlegmons demeurent plusieurs années.

PRONOSTIC

Le pronostic est donc bon dans l'ensemble, puisque la guérison est la règle. Il persiste parfois une sclérose à l'emplacement du phlegmon; une des observations que nous rapportons a trait à cette transformation fibreuse des tissus péri-prostatiques, avec un rétrécissement du rectum; mais cette complication doit être rare.

En résumé :

Affection à marche extrêmement lente, indolore, et d'une dureté ligueuse, évoluant à bas bruit sans aboutir en général à la suppuration et se terminant par la guérison,

DIAGNOSTIC

C'est un point très important; nous ne reviendrons pas sur le diagnostic positif, seul le diagnostic différentiel va vous intéresser :

Tous ces signes du phlegmon ligneux, loin d'être spécifiques, sont communs avec ceux d'une affection beaucoup plus grave : Les cancers de la prostate, principalement ceux qui sont propagés au pelvis et surtout la CARCINOSE prostatopelvienne de Guyon:

Développement lent,

Dureté ligneuse, non douloureuse,

Atteinte de l'état général — Apyrexie,

Troubles de compression, troubles de la miction.

On pourra se baser pour diagnostiquer le cancer :

1° Sur la simultanéité d'apparition de la Pollakiurie nocturne et de la rétention (Freudenberg).

2° Hématurie spontanée : quand elle apparaîtra et c'est rare, le diagnostic sera fait.

3° De nombreuses recherches ont montré dans le cancer la présence d'hypoeosinophilie avec polynucléose. Nous avons vu qu'il n'y avait aucune réaction polynucléaire dans le phlegmon ligneux.

4° A l'urétro-cystoscopie :

On trouve plus facilement une saillie de lobes prostatiques dans le cas de cancer.

L'œdème du col ou la présence de pus dans les gouttières prostatiques au contraire sera en faveur de l'infection; il n'est d'ailleurs pas impossible que celle-ci soit surajoutée à un cancer de la prostate.

5° Au toucher rectal :

On ne peut déceler que des nuances.

a) Sur la consistance :

En général, elle est moins régulièrement dure dans le cancer que dans le phlegmon ligneux.

b) Sur la forme :

Irrégularité beaucoup plus grande du cancer. Saillies de toutes les formes et inégales. Dans le phlegmon ligneux on a plutôt au doigt l'impression d'un vallonnement.

Et pourtant aucun de ces signes n'est décisif; dans bien des cas le diagnostic restera en suspens, seule l'évolution tranchera. Il sera donc bon dans les cas vraiment douteux d'attendre avant de faire une ouverture large. Oraison, à l'occasion de deux erreurs qu'il a vu commettre insistait sur les difficultés parfois insurmontables de ce diagnostic et disait : « Il est plus sage de ne pas se prononcer d'emblée et d'attendre que l'évolution ultérieure vienne lever les doutes. »

Quant aux autres affections similaires, leur diagnostic est plus aisé :

— L'hypertrophie prostatique, reste limitée à la glande et n'a pas la même consistance;

— La peri-prostatite chronique n'a pas la dureté de bois, ni la même évolution, sa palpation est plus douloureuse;

— Le cancer de la paroi antérieure du rectum ? La muqueuse rectale est fongueuse, bourgeonnante, ulcérée, saignante, alors qu'elle reste lisse dans le phlegmon;

— Une tuberculose diffuse : on trouve à côté de nodules durs des masses ramollies ; recherche de BK.

TRAITEMENT

Le phlegmon ligneux étant reconnu, le mieux est de l'inciser et de le drainer.

Seule la voie périnéale semble devoir s'imposer : Préconisée en 1874 par Dittel et en 1885 par Segond, elle est adoptée aujourd'hui par tous, depuis que les recherches de Proust et Gosset ont précisé la technique de la prostatectomie périnéale.

Incision verticale, section du muscle uréthro-rectal ; le bulbe dégagé est repoussé en avant par l'écarteur ; le rectum tiré en arrière ; vu l'infiltration considérable, un détail de technique s'impose : un doigt introduit dans le rectum aide à repérer ; on peut ainsi inciser sans crainte ces tissus infiltrés.

Le plus souvent, il ne sort que de la sérosité sanguinolente. Si l'on tombe sur la cavité de l'abcès, on peut trouver quelques gouttes de pus. Drainage.

Traitement antiphlogistique, Pansements chauds périnéaux, vaccination, Propidon.

Le toucher répété à quelques jours d'intervalle a quelque importance : l'apparition d'un point fluctuant commanderait la périnéotomie.

En cas de fistule, le débridement et le curettage du trajet s'imposent.

Enfin, dans les cas où les signes fonctionnels sont peu marqués et qu'il n'apparaît de fluctuation en aucun point, on peut attendre, on voit alors parfois les choses s'arranger d'elles-mêmes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Obligamment communiquée par M. le D^r BOUCHARD

H... Gustave, 54 ans, entre à l'hôpital Necker, salle Velpeau, le 4 juillet 1936, pour une fistule anale et pneumaturie.

ANTÉCÉDENTS. — Cette fistule dure depuis 3 ans 1/2 ; opérée il y a un an 1/2, elle persiste ; le malade est soigné pour difficultés de la miction. Passé blennorragique.

Le 10 juin 1936, consulté à la terrasse :

Il est en *réten tion complète*.

TRAITEMENT. — Sondage, dilatation, lavage de la vessie.

Il revient 2 jours plus tard pour brûlures à la miction. Il se plaint d'autre part qu'il est obligé de pousser pour n'uriner que quelques gouttes. Pollakiurie diurne et surtout nocturne (toutes les 5 minutes).

Urines troubles,¹ jamais d'hématurée.

Toucher Rectal.

Prostate sensible, lobe droit paraît augmenté de volume et de consistance ferme ; au-dessus empatement des tissus.

Urétro-Cystoscopie (D^r Bouchard).

Capacité vésicale normale ; milieu vésical purulent ; a été extrêmement lent à éclaircir ; vessie normale.

Le segment inférieur du col est saillant, très rouge ; pendant l'examen on voit sourdre du segment inférieur du col, du pus en grande quantité.

Ce malade étant soigné à la terrasse, revient après 20 jours de traitement médical.

Il se présente donc le 30 juin et l'on trouve :

- Urines éclaircies ;
- Mais pneumaturie très nette (fistule uréthro-rectale probable). Le malade raconte que s'il retient ses gaz, il s'aperçoit qu'ils prennent un trajet de retour, s'arrêtant pendant quelques temps dans la proximité du gland. Ils sont éliminés avec la miction suivante, sans bruit prononcé ;
- Pollakiurie diurne et nocturne toujours marquée ;
- Pesanteurs périnéales. Douleurs en position assise ;
- Amaigrissement de 8 kilogs pendant le dernier mois.

Signes Physiques.

A l'examen, orifice fistuleux de la grandeur d'une lentille, situé en arrière de l'anus, pourtour rougeâtre, granulations jaunes ; de l'orifice de la fistule sort une sérosité blanchâtre. Environ à 3 centimètres et à gauche, présence de 2 cicatrices opératoires.

Uréthro-Cystoscopie (D^r Bouchard).

Col très œdémateux, mais tout particulièrement dans son segment inférieur et latéral droit. L'œdème en nappe occupe toute la moitié droite du trigone s'étendant jusqu'à l'orifice urétral.

L'urètre postérieur est légèrement rouge, le véru est normal ; au cours de l'examen on voit sourdre de la gouttière prostatique droite un globe de pus.

Toucher rectal.

Lumière rectale diminuée par une masse extrêmement dure, occupant la région prostatique et au milieu de laquelle il est impossible d'individualiser la glande. Cette masse s'étend d'une paroi latérale du bassin à l'autre, mais cependant, elle est nettement plus développée du côté droit. Une

dureté de pierre en bon caractère dominant. La pression du doigt ne réveille aucune sensibilité. La surface présente quelques bosselures.

Devant ces signes, on conseille au malade d'entrer dans le service, ce qu'il fait le 4 juillet.

On peut alors constater après une semaine d'observation :

1° Que l'apyrexie est complète ;

2° Que son amaigrissement n'a aucune cause pulmonaire ; on ne trouve rien non plus du côté des autres appareils ;

3° Que la tuméfaction rétro-prostatique ne fait aucun progrès, même consistance, aucun point ramolli.

Le diagnostic est encore indécis ; on penche pourtant pour un phlegmon ligneux.

Le 10 juillet, opération.

Périnéotomie (D^r Bouchard).

Décollement recto-urétral ; on tombe sur une masse extrêmement dure et tendue transversalement, comblant l'ogive pubienne et qui répond à la masse perçue par le toucher.

Un doigt introduit dans le rectum, pour repérer, le doigt périnéal s'efforce de délacérer ce placard inflammatoire ; on y parvient péniblement et on peut atteindre néanmoins la prostate. *Il ne s'écoule pas de pus.* Un drain est mis au contact de la prostate.

EVOLUTION. — Sort de l'hôpital quelques semaines plus tard ; diminution considérable de la masse dure dont la consistance reste aussi ferme. La plaie est presque refermée ; amélioration de l'état général.

Revu en septembre. Très bon état général, persistance d'un anneau fibreux bas, situé au bec de la prostate ; indolore et de consistance ligneuse comme auparavant.

OBSERVATION N° II (Personnelle)

V... L., 77 ans, entre salle Velpeau en mai, pour rétention d'urine ; très gêné pour uriner depuis quelques mois, il se présente à la consultation où on lui met une sonde à demeure.

ANTÉCÉDENTS. — Il y a 5 ans, traumatisme : chute sur le périnée urétrorragie, soignée à Beaujon.

Il n'a jamais eu de troubles de la miction jusqu'à l'année passée, époque à laquelle il est déjà venu 8 jours à l'hôpital pour rétention. Depuis quelques temps, il se sonde tout seul.

Signes fonctionnels :

Dysurie, pollakiurie diurne et nocturne.

Signes généraux :

Atteinte de l'état général ; amaigrissement ; langue sèche. Pas de température.

EXAMEN. *Toucher rectal.* — Prostate légèrement augmentée de volume, surtout lobe latéral droit, sillon médian conservé.

A droite et au-dessus : masse saillante, d'une dureté ligneuse ; inégale de contours, mais sans aucun point ramolli. Pas de douleurs à la palpation de cette masse.

Début juin :

Aucun changement du côté de la prostate ;

La masse ligneuse s'est étendue, elle demeure indolore.

Vers la mi-juin, la masse présente un point de ramollissement qui écarte le diagnostic de cancer ; et le 16, un petit abcès s'ouvre dans l'urètre.

La masse regresse alors très lentement, conservant longtemps sa consistance dure.

OBSERVATION N° III

(Rapportée par le D^r FEY, au 32^e Congrès d'urologie)

Docteur D..., âgé de 30 ans, sans aucun antécédent urétral, fait brusquement une crise de rétention aiguë en octobre 1931. Température à 39°, tuméfaction prostatique tendue, douloureuse malgré le traitement, la prostatite s'abcède en un abcès siégeant dans le lobe gauche, qui est ouvert par l'incision de Fullerton ; suites d'abord simples, mais malgré une évolution locale parfaite, la température reste aux environs de 37°8. On pense à une suppuration du lobe droit, mais la prostate est redevenue souple et indolore ; à des troubles intestinaux et de fait il y a quelques troubles hépato-coliques ; à une phlébite, à cause de quelques douleurs dans l'aîne gauche, mais celle-ci ne se précise pas.

Puis le malade signale l'apparition d'une adénopathie gauche rétro-crurale. Le ganglion est d'abord perceptible, puis est noyé dans un empâtement assez considérable et l'on sent alors au palper bimanuel se développer un phlegmon subaigu de topographie absolument comparable à celle d'un phlegmon du ligament large.

La prostate est libre, mais la tuméfaction commence immédiatement au-dessus, collée à la paroi gauche du pelvis et est perceptible au-dessus de l'arcade crurale gauche. Elle est *dure* et *ligneuse*. Pas de signes généraux ; très peu de douleurs, aucune fluctuation ; la température revient très lentement à la normale, si bien que l'on n'a jamais été conduit à pratiquer l'incision de ce phlegmon.

L'évolution a été extrêmement lente ; la résorption s'est faite progressivement, mais avec une lenteur désespérante. Ce n'est qu'après 3 mois de repos que la tuméfaction a disparu et que le malade, actuellement, complètement guéri, a pu reprendre une vie normale.

OBSERVATION N° IV

(Rapportée par le D^r FEY, au 32^e Congrès d'urologie)

M. X..., 34 ans, entre le mois de juillet à la salle Velpeau.

Il a eu, 15 jours auparavant, un gros traumatisme (chute de 2 mètres de haut) sans symptômes immédiats, ni abdominaux, ni périnéaux, mais le lendemain il a été pris d'envies fréquentes avec dysurie et ensuite de fausses incontinences, aussi bien couché que debout.

Au bout de 15 jours, il se présente à la consultation de Tenon où l'on constate une vessie à l'ombilic et d'où on nous l'adresse. Il y a, en effet, à l'hypogastre un énorme globe vésical remontant jusqu'à l'ombilic. On passe une sonde sans grande difficulté, malgré un rétrécissement admettant une sonde n° 12. On retire environ 50 grammes d'urine trouble et le globe vésical reste aussi volumineux et dur. On pratique un toucher rectal et on perçoit une *énorme masse dure comme du bois*, remplissant le pelvis et faisant absolument corps avec la masse hypogastrique.

La masse est indolore, englobe la prostate et s'étend d'une paroi du pelvis à l'autre. Elle remonte en haut jusqu'au bout des doigts. On peut comparer la sensation obtenue à celle d'un énorme fibrome du col, remplissant le pelvis et remontant à l'ombilic.

Température : 37°8. Retrécissement large mais très difficile à dilater. La dilatation est menée jusqu'au 27 (Beniqué) mais elle est bloquée à ce moment et on est obligé de pratiquer une urétrotomie complémentaire.

Ce n'est que fin août que la masse hypogastrique commence à diminuer ; fin septembre on ne sent plus rien à l'hypogastre, mais au niveau du pelvis l'induration est encore perceptible. Le malade continue à se faire dilater et ne souffre nullement.

OBSERVATION V (*Résumée*)

Kirmisson, in *Gazette médicale*, 1887

X..., 52 ans. Aucun antécédent héréditaire.

A 20 ans, blennorragie ayant duré longtemps. Il y a 2 ans, s'aperçoit qu'il rend du pus par l'anūs ; cet écoulement dure 2 mois. Quelques mois après, 2 abcès au niveau de la partie latérale droite de l'anūs.

Un an après, nouvel abcès à gauche de l'anūs ; trajet fistuleux.

Par le toucher rectal on s'aperçoit qu'il existe une grande épaisseur de tissus fibreux formant une masse dure et rétrécissant la lumière du rectum ; cette bride épaisse occupant toute la périphérie de l'intestin constitue une sorte de valvule semi-lunaire, située au niveau de la base de la prostate. On ne trouve plus trace de la glande. Un rétrécissement de la portion périnéo-bulbaire n'admettait qu'un numéro 8. En somme, phlegmon ligneux s'étant fistulé. Evolution très longue (plusieurs années).

OBSERVATION N° VI (*Résumée*)

(DESNOS, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1889)

G... Auguste, 60 ans. Entre, en 1888, chez le Prof. Le Fort, à l'hôpital Necker.

A 18 ans, blennorragie.

A 45 ans, fracture du bassin. Ne se rappelle pas avoir eu de troubles urinaires.

Pendant longtemps, urines troubles. Depuis 4 ou 5 ans, mictions plus fréquentes et douloureuses, les signes augmen-

tant sous l'influence d'un excès de travail ou de boisson. Légère incontinence.

Un retour aigu de cystite l'oblige à rentrer à l'hôpital Broussais.

EXAMEN. *Toucher rectal.* — Immédiatement au-dessus du sphincter on sent que la muqueuse manque de souplesse ; elle est tendue et adhérente à une masse très dure. Cette dernière qui remplace la prostate ne rappelle en aucune façon la configuration de cette glande. Très résistante, non dépressible, proéminente dans le rectum où elle forme une saillie semi-lunaire. Le rebord occupe la place de la base de la prostate. Le doigt peut alors la contourner et on constate alors qu'il cesse brusquement au niveau du bas-fond vésical ; les bords de ce gros et dur repli falciforme ne cessent pas brusquement, mais se perdent insensiblement sur les côtés du rectum dont toutes les parois semblent fibreuses à ce niveau.

En somme évolution très lente et tendant vers une transformation fibreuse des tissus périprostatiques.

OBSERVATION N° VII (*Résumée*)

(DESNOS, *Annales des maladies des organes génito-urinaire*, 1889)

Gl..., 42 ans. Deux blennorrhagies dans les antécédents.

10 ans après, lenteur de la miction qui devient douloureuse par intervalles. Les difficultés augmentent peu à peu et depuis deux ans, deviennent extrêmes... L'urine ne sort plus que goutte à goutte.

Depuis 6 mois, envies fréquentes, impérieuses ; de plus, il existe de l'incontinence depuis plusieurs jours. Enfin, la défécation est devenue l'occasion de douleurs assez vives.

Etat général :

Mauvais, appétit nul, petits frissons de temps en temps.
Toucher rectal :

Prostate, augmentée de volume très sensible.

Un mois après. — On s'aperçoit au toucher que le doigt se trouve séparé de la prostate par une épaisseur de tissus durs. Apparition d'une fistule.

Six mois après. — Grande amélioration, mais par le toucher rectal, il n'est plus possible de reconnaître la prostate.

La paroi antérieure du rectum peu mobile, indurée, simule une membrane tendue fortement d'un bout à l'autre de l'intestin.

Vingt mois après. — A la place de la prostate on trouve une production fibreuse, dure résistance qui fait saillie dans le rectum.

En somme, évolution extrêmement lente de cette infection qui se rapproche par bien des points de celle du phlegmon ligneux.

CONCLUSIONS

1° Une infection prostatique peut s'étendre aux tissus périprostatiques en donnant un phlegmon ligneux.

Il est caractérisé par sa dureté, son évolution à bas bruit, la lenteur de son développement, et son indolence.

2° Il se termine généralement par la guérison, soit qu'il se résorbe de lui-même sans que trace de suppuration soit apparue, soit qu'une minime quantité de pus soit expulsée.

3° Il simule à s'y méprendre les néoplasmes de la prostate étendus au pelvis et souvent seule l'évolution est capable de trancher. Il est donc nécessaire dans les cas douteux d'attendre quelque signe probant avant d'intervenir.

Vu le Doyen.
ROUSSY

Vu le Président de Thèse.
MARION.

Vu le Recteur.
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Médecine opératoire des voies urinaires.
— Paris, Masson, 1909.
- AVERSENQ. — Les espaces périprostatiques et leurs
abcès. — A.F.U., Paris, 1910.
- BATSERE. — Des Phlegmons ligneux du cou. — Thèse
Paris, 1894-95, n° 249.
- CAMPENON. — Periprostaites : Nouveau dictionnaire
de chirurgie pratique, 1888, Paris.
- CASTANEDA Y CAMPOS. — Du Phlegmon Prévesical.
— Th. Paris, 1878.
- DESNOS. — Phlegmon periprostatique. — Bulletin So-
ciété de Médecine de Paris, 1889.
- Transformation fibreuse des tissus periprostati-
ques. — Annales des maladies des organes
genito-urinaires, 1889.
- Des abcès latents de la prostate. — A.F.U.,
Paris, 1889.
- ENCYCLOPEDIE FRANÇAISE D'UROLOGIE. — Paris,
Doin, 1923. — Article : Periprostaites.
- FEY. — Deux cas de cellulite pelvienne à point de départ
prostatique. — Journal d'urologie, oct. 1932.
- GUERIN. — De la prostatite subaigüe. — Thèse Paris,
1879.
- GUILLAIN. — Contribution à l'étude du traitement des
abcès periprostatiques par l'incision perinéale.
— Thèse Paris, 1885.
- JEANBRAU. — Trois cas d'adénomite prostatique ayant
simulé le cancer de la Prostate. — Congrès
Urologie, 1926.

- KIRMISSON. — Transformation fibreuse des tissus periprostatiques à la suite de suppuration prostatique. — Annales des maladies des organes genito-urinaires, 1889.
- LEFIER. — La Prostatite des cavaliers. — A.F.U., Paris, 1910.
- LEGUEU. — Phlegmons ligneux de la cavité de Retzius. — 13^e Congrès A.F.U., Presse médicale, 30 oct. 1909.
- LERICHE. — Physiologie pathologique chirurgicale. — Masson, 1930.
- MARION (G.). — Phlegmon ligneux du cou. — Archives générales de médecine, 1903, tome 191.
— Traité d'urologie. — Masson, 1921, tome 2.
- MINET. — Suppurations prostatiques et periprostatiques. — Thèse Paris, 1901, n° 291.
- ORAISON. — Pathogénie et traitement des abcès non tuberculeux de la prostate A.F.U., Paris, 1907.
- POLICARD. — Physiologie pathologique chirurgicale. — Masson, 1930.
- RECLUS. — Des phlegmons ligneux de la région cervicale. — Gazette des Hôpitaux, Paris, 1893, n° 88.
- RICHARD. — Des Phlegmons ligneux. — Thèse Paris, 1911-12, n° 34.
- SAUSSIE. — Contribution à l'étude des phlegmons ligneux de la paroi abdominale. — Thèse Paris, 1903.
- SEGOND. — Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon periprostatique. — Th. Paris, 1880.
- SICART, GOUGEROT et GY. — Phlegmon ligneux cervico-scapulo humeral gauche à staphylocoque-doré. — Bulletin et mémoires Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1909, Tome 27.

Imprimerie spéciale de la Librairie A. LEGRAND, Paris

